

Labortests bei Borreliose- Verdacht (aus Peter Alex "Borreliose- Hintergründe und Heilung")

Die Diagnostik ist in aller Regel ein Feld, auf dem homöopathische und allopathische Medizin Übereinstimmungen aufweisen. Zwar verwerfen wir als Homöopathinnen die Ergebnisse der Diagnostik oft in einem weiteren Rahmen, dennoch sind Erkenntnisse über Ursprung und Verlauf einer Infektion sowie klinische Befunde für die homöopathische Behandlung von Wert. Sofern Untersuchungen für den Kranken kein Gesundheitsrisiko darstellen und brauchbare Ergebnisse liefern, werden wir sie daher ausdrücklich empfehlen. Wir bitten deshalb Kranke, für die Fallaufnahme alle Befunde ihrer bisherigen Diagnostik bei vorbehandelnden Ärzten mitzubringen.

Heute kommen Borreliosekranke zumeist schon mit einem Laborbefund über einen (meist ELISA und Western- Blot-) Titer von Borrelia- burgdorferi- Antikörpern in unsere Behandlung.

Wie unsere Nachforschungen (in der Literatur und bei ausgewiesenen Laborfachärzten) ergeben haben, sind diese Antikörpertests- und zwar alle in Deutschland zugelassenen- nicht zu einem eindeutigen Nachweis geeignet, daß vorhandene Beschwerden ursächlich auf eine Borrelia- burgdorferi- Infektion zurückzuführen sind.

Hierzu ein Zitat aus dem Bulletin des Robert- Koch- Institutes Berlin:

Antikörpernachweis: Die serologische Diagnostik soll als Stufendiagnostik erfolgen: 1. Stufe ELISA, IFT oder Hämagglutinations-Test (HAT), wobei ELISA und IFT bereits die IgM- und IgG-Klassendifferenzierung erlauben. Bei reaktivem HAT soll ein klassenspezifischer ELISA oder IFT folgen. Der Immunoblot (IgG-, IgM-spezifisch) dient dann als Bestätigungstest und darf nicht primär als Screening-Test eingesetzt werden.

Ein großes Problem der serologischen Diagnostik ist in der bislang fehlenden Standardisierung der Testverfahren zu sehen.

Als Hauptgründe für die häufig differenten Testergebnisse sind vor allem anzuführen: unterschiedliche serologische Techniken, unterschiedliche Borrelienstämme als Testantigen, unterschiedliche Vorbehandlung der Seren und unterschiedliche Cut-off-Definitionen.

Insbesondere der Immunoblot wird dem hohen Anspruch als Bestätigungstest in der Praxis vielfach nicht gerecht. Die kommerziell erhältlichen Testkits erlauben nur selten die zuverlässige Identifikation spezifischer Banden. Es fehlen auch allgemeinverbindliche Auswertekriterien. Die in den USA geltenden Kriterien sind auf die europäische Situation nicht übertragbar. Es wurde gezeigt, daß zuverlässige Auswertekriterien im Sonikat-Immunoblot nur stammspezifisch erarbeitet werden können. Derzeit wird in einer Immunoblot-Studie im Rahmen von EUCALB (EU Concerted Action on Lyme Borreliosis) geprüft, ob diese Kriterien auch für das EUCALB-Serum-Panel valide sind. Es ist für die Zukunft zu fordern, daß kommerzielle Anbieter ihre serologischen Teste entsprechenden Qualitätskontrollen unterziehen lassen müssen und eine Zulassungspflicht für Borrelienteste eingeführt wird. Für den Immunoblot ist zu fordern, daß die spezifischen diagnostischen Banden eindeutig identifiziert werden können.

Was bedeutet das konkret? Da die Anzüchtung von *Borrelia burgdorferi* in Nährlösungen sehr kompliziert (und damit teuer) ist, behelfen sich Hersteller von Antikörpertests, indem sie ihre Produkte (die Testsubstanzen) an anderen Borrelienstämmen testen, zum Beispiel solchen, die in unserer normalen Mundflora vorkommen. Das führt dazu, daß oft falsch-positive Befunde auftreten und dann unberechtigt die Diagnose "Borreliose" gestellt wird.

Auch das Gegenteil kann der Fall sein- in der Fachliteratur lesen wir:

Seronegative Borreliose- Patienten positiv für HLA-DR1

Bestimmte HLA-Merkmale könnten zusätzlich die Ursache einer fehlenden oder nur schwachen Borrelien-Antikörperbildung sein.

*Neben der Assoziation zur therapierefraktären Lyme-Disease steht auch die Frage der HLA-DR-Assoziation mit Seronegativität bei nachweislich stattgefundenener Borrelien-Infektion (Borrelien-PCR- und Kultur und/oder Borrelien-LTT positiv) im Focus neuer Untersuchungen. In einigen Fällen entwickeln Patienten nach stattgefundenener Borrelien-Infektion keine spezifischen Antikörper gegen *Borrelia burgdorferi*.*

Wang & Hilton konnten zeigen, dass fast 40% dieser seronegativen Borreliose-Patienten positiv für HLA-DR1 sind (5).

Die Internationale Gesellschaft für Borreliose- und andere Zecken-übertragene Krankheiten (International Lyme and Associated Diseases Society, ILADS) ging noch 2004 davon aus, daß zwischen 45 und 90 % aller Antikörper- Tests falschnegativ sind, also Borreliose viel häufiger vorlag, als mit Tests labortechnisch feststellbar war. Selbst wenn ein positiver Antikörpertest vorliege, lasse er keinen Schluß darüber zu, ob eine akute oder chronische Infektion vorliege oder der Test lediglich eine durchgemachte Infektion ohne aktuellen Krankheitswert beweise. Ebenso wird von der ILADS geraten, Liquorpunktionen nicht routinemäßig durchzuführen, sondern nur in den wenigen Fällen, wo klinische Zeichen und andere Laborbefunde keinen Anhaltspunkt für das Vorliegen einer Borreliose liefern (2).

Das bedeutet, daß Menschen, die im Antikörpertest Borreliose- negativ getestet wurden, dennoch an Borreliose leiden können. Durch eine bestimmte Struktur ihrer Gewebe-Antigene reagieren sie aber auf den Test nicht.

Noch verwirrender kann es werden, wenn Kranke mit Borreliose- Symptomen auf Antikörper getestet werden und aufgrund der - eventuell sogar durch die Infektion mitbedingten- Immunschwäche keinen erhöhten Antikörperspiegel aufweisen (weil *Borrelia burgdorferi* auch die Lymphozyten befallen und so deren Funktion- die Produktion von Antikörpern- behindern kann). Werden diese Kranken auf Verdacht hin mit Antibiotika behandelt, kann es zu der paradox anmutenden Situation kommen, daß als Erfolg der Antibiotika- Gaben (durch die - allerdings nur vorübergehende- Verminderung der Infektionslast des Organismus) zu einem Anstieg der *Borrelia*- Antikörper kommt und die Kranken - nach der Behandlung!- als Borreliose-positiv diagnostiziert werden (4).

Jüngere Forschungen ergaben neue Erkenntnisse und beim Erscheinen dieses Buches mögen diese Angaben schon wieder überholt sein. Der Augsburger Laborarzt Dr. Armin Schwarzbach berichtete z.B. von einer **meßbaren Verminderung einer Fraktion der weißen Blutzellen - den sogenannten CD3-/CD 57+ NK- Zellen ("natural killer cells")**

- **bei chronisch Borreliosekranken.** Er empfiehlt die Bestimmung dieser Zellfraktion im Bluttest- sie soll sich nach erfolgreicher Antibiotika- Therapie normalisieren. Gleichzeitig erwähnt er, daß Borrelien das Immunsystem schwächen und deshalb diese Zellen im Blut abnehmen würden (3). Ein Labor, das diesen Test anbietet, ist z.B. Dr. Staber & Kollegen, Bremer Str. 9, 01665 Klipphausen, www.staber-kollegen.de. **Das Blut muß taggleich ins Labor transportiert und sofort untersucht werden.**

Im Abschnitt 5 wurde auf die für eine Borreliose- Erkrankung ursächlichen Immunschwäche- Faktoren verwiesen. Auf die Behandlung dieser ursächlichen Faktoren/Krankheiten sollte sich jede Therapie sinnvollerweise beschränken. Nur dann ist mit dauerhaften Heilerfolgen zu rechnen.

Quellen

1. Ferrie, Helke; The National Theatre of the Absurd, in: Ending Denial- The Lyme Disease Epidemic- A Public Health Disaster, KOS Publishing Inc., Caledon/ ON, 2010
2. <http://www.borreliose-uhl.de.vu/>
3. Schwarzbach, Armin; C3a und C4a bei chronischer Borreliose- Neue sinnvolle Laborparameter? in: Borreliose Wissen, Nov 2008
4. The International Lyme and Associated Diseases Society; Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease, Expert Rev. Anti-infect. Ther. 2(1), (2004)
5. Wang, P. & E. Hilton (2001): Contribution of HLA Alleles in the Regulation of Antibody Production in Lyme Disease. Frontiers in Bioscience 6: 10-16